

地域包括支援センターの創設と総合相談支援・権利擁護事業の展開

— インフォーマル・ケアの質の確保策を探るための基礎的研究：長岡市の事例をもとにして —

長岡大学准教授 菊池 いづみ

1 はじめに

2006年度から全国の市町村に設置されることになった地域包括支援センターは、高齢者の自立生活を総合的に支える施設として、2005年6月に成立した改正介護保険法によって法定化された。このときの介護保険制度改革の柱のひとつが、サービスの質の確保・向上であった。介護サービスのしくみを措置制度から利用制度へと転換し、競争原理に基づく質の向上を目指したものの、全国で不正事業者の指定取消などの問題が後を絶たない。そこで、サービスの質を確保・向上させるための体制づくりも必要になった。制度創設当初の課題が、サービスの量的な拡充にあったとすれば、改正介護保険法においては、サービスの質を確かなものにするこゝとへとその重心が移った。在宅の高齢者の生活を総合的に支える役割を担うことになった地域包括支援センターへの期待は大きい。

本稿の目的は、介護サービスの質の確保・向上を目指す制度改革のなかで創設された地域包括支援センターの導入過程ならびに、地域包括支援センターの機能のひとつとして位置付けられた総合相談支援および権利擁護の事業展開を、長岡市¹⁾の事例をもとに明らかにすることにある。この機能に着目する理由は、在宅介護の担い手となっている家族介護や、そこで問題となる高齢者虐待にとって重要な機能であることから、インフォーマル・セクターによって提供されるケアの質の確保策を検討するうえで有効と考えるからである。本稿は、そのための基礎研究として寄与することを意図している。

次節で、はじめに地域包括支援センター（以下、略記は「包括センター」）の創設を地域支援事業との関連において明らかにする。地域支援事業は、「老人保健事業」、「介護予防・地域支え合い事業」、「在宅介護支援センター運営事業」を整理統合し、介護保険制度

に位置付けたものである。この再編された事業を担う中核的な機関が、地域包括支援センターであることを確認する。これをもとに、長岡市における地域包括支援センターの導入過程を、在宅介護支援センター（以下、略記は「在介センター」）の変遷によって跡付ける。そのうえで、長岡市における地域包括支援センターの組織・体制を概観し、総合相談支援・権利擁護事業の展開をみることにする。最後に、家族介護を中心とするインフォーマル・ケアの質の確保・向上の観点から、包括センター創設の意義と役割について、若干の考察と課題を述べてまとめとする。

2 地域支援事業と地域包括支援センターの創設

地域支援事業ならびに、地域包括支援センターの法的な位置付けを確認しておく。

地域支援事業は、2005年の改正介護保険法（第115条の44）に規定されているとおり、介護保険制度のなかで実施される法定事業である。地域支援事業実施要綱²⁾によれば、事業の目的は、「介護予防事業、包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務及び包括的・継続的ケアマネジメント支援業務をいう。）及びその他の地域支援事業を行うことにより、被保険者が要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援すること」とある。実施主体は市町村であるが、利用者、サービス内容及び利用料の決定以外は、老人福祉法に規定する老人介護支援センターの設置者ほか市町村が適当と認める法人に委託できる。ただし、包括的支援事業である介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁

護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の4業務は、一括して行わなければならない。

そして、地域包括支援センターは、改正介護保険法（第115条の45）により、地域支援事業の包括的支援事業等を行う施設として規定され、市町村が設置することになった。その目的は、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援すること」とある。

市町村が責任主体となった地域支援事業ならびに、その実施機関としての地域包括支援センター創設の経緯を、改正介護保険法案作成にかかわる政府の公表資料³⁾をもとに明らかにする。その際、本稿の目的より、サービスの質の確保・向上に焦点を合わせることにする。

2.1 国庫補助事業の再編による地域支援事業

2005年6月に成立した改正介護保険法は、施行後5年を目途とする制度全般の見直しを規定した附則第2条に基づいて、2月に法案が国会提出された。制度改革の大綱とりまとめに向けて、社会保障審議会介護保険部会が議論を開始したのが2003年5月である。以降16回の審議を重ねて2004年7月30日に「介護保険制度の見直しに関する意見」（以下、「見直しに関する意見」という）をとりまとめている。このなかで、地域支援事業の創設がどのように提示されているかをみてみよう。

見直しにあたっては、介護保険制度の基本理念は「自立支援」であることを改めて確認している。この理念の実現のために掲げられた主な政策目標は、次の3点とされる。それは、①利用者本位のサービス改革、②在宅ケアの推進、③地方分権の推進である。そのうえで、制度見直しの基本的視点を、①制度の「持続可能性」、②「明るく活力ある超高齢社会」の構築、③社会保障の総合化とした。以上を踏まえた制度見直しの具体的内容が5つの観点から検討されている。その観点とは、①給付の効率化・重点化、②新たなサービス体系の確立、③サービスの質の確保・向上、④負担のあり方の見直し、⑤制度運営の見直しである。

さて、「地域支援事業」はどのような観点から創設されたのか。この「見直しに関する意見」をとりまとめた時点では、事業の名称は定まっていない。成立した改正法では、地域支援事業は既に確認したとおり、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業から構成さ

れている。このうち、必須事業のひとつである介護予防事業が、①給付の効率化・重点化のなかで検討されている。施行状況を検討して得た結論は、制度の定着とともに要支援、要介護1といった軽度者が急増し、これが保険財政を圧迫しているということであった。そこで、制度の持続可能性を高めるために、制度全体を『予防重視型システム』に構造転換し、「総合的な介護予防システム」を確立することを打ち出している。新システムには、介護予防におけるケアマネジメントの重要性も強調されている。

一方、介護予防をとりまく環境は、介護保険制度に内在する問題だけでなく、これまで取り組んできた公費による市町村事業ともかかわってくる。介護予防のためのサービスは、「老人保健事業」ならびに「介護予防・地域支え合い事業」においても実施してきているからである⁴⁾。この点について、「見直しに関する意見」では、「サービス内容を介護予防に効果的なものに切り換えるとともに、積極的に事業展開することが可能となるようなものへと一元化していくことが必要」として、既存事業の整理統合に言及している。ここでいう一元化とは、介護保険制度のもとでのサービス提供であり、介護予防事業は、改正介護保険法のなかで地域支援事業として再編成されることを意味するものである。背景には、小泉政権の進めた国と地方の役割の見直し（三位一体改革）のなかで、国庫補助金の削減が政府の重要課題となっていたことをあげられる。厚生労働省の予算編成にあっても補助事業の見直しは加速していたに違いない。地域支援事業の創設の目的は、ひとつには、給付の効率化・重点化の観点から介護予防事業を再編することであったといえる。

それでは、具体的にどのような事業再編が進められたのかをみてみよう。図1は、地域支援事業として再編された事業を国庫補助金の区分によって表したものである。全体を見渡すと、保健事業費等負担金、在宅福祉事業費補助金、介護保険事業費補助金による補助事業であったものを地域支援事業として再編していることがわかる。事業としては、「老人保健事業」、「介護予防・地域支え合い事業」、「在宅介護支援センター運営事業」の再編成といえることができる。このうち介護予防事業は、老人保健事業のなかで実施してきた65歳以上の者を対象とする「健康相談」、「機能訓練」、「訪問指導」を特定高齢者施策として、また「健康教育」を一般高齢者施策として実施することになった。介護予防事業を構成するその他の事業は、いずれも在宅福祉



（出所）「全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料 平成17年9月26日」（厚生労働省 2010 a）をもとに作成。

図1 2005年度現在の補助事業と地域支援事業との関係

事業費補助金を受けて実施してきた「介護予防・地域
支え合い事業」のメニュー事業である。

2.2 在宅介護支援センターから地域包括支援センターへ

地域支援事業の柱のひとつである介護予防事業は、給付の効率化・重点化の観点から従来の事業を再編した。では、この事業の実施機関ともなる地域包括支援センターは、どのような観点から創設にいたったのだろうか。「見直しに関する意見」のなかでは、③サービスの質の確保・向上の観点から検討された。それは、ケアマネジメントのあり方について、公平・公正の確保及び包括的・継続的マネジメントの強化の観点から、ケアマネジメントの体系的な見直しの必要性を示している。そして、地域支援事業の実施機関として位置付けたとおり、「総合的な介護予防システムの確立」を踏まえ、地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として打ち出している。創設する地域包括支援センター（この時点では、仮称）の機能として、次の3点をあげている。

- ①地域の高齢者の実態把握や、虐待への対応など権利擁護を含む「総合的な相談窓口機能」
- ②「新・予防給付」のマネジメントを含む「介護予防マネジメント」
- ③介護サービスのみならず、介護以外の様々な生活支援を含む「包括的・継続的なマネジメント」

これらの機能は、介護予防事業とともに地域支援事業の柱となる包括的支援事業にあたることわかる。この時点では、権利擁護は、①の総合相談業務に含まれていたことが確認できる。そして、当時の在宅介護支援センターのなかには、この①から③の機能を担う施設として、立地や力量の面で十分でないところもあるという見解を示し、「在宅介護支援センターの再編や統廃合、居宅介護支援事業所との役割分担の明確化などを図りつつ、市町村を責任主体とし、『地域に開かれた』センターとして十分機能できるような運営主体の在り方」を検討するよう求めている。

包括的支援事業は、図1のとおり、介護予防・地域支え合い事業のなかで実施してきた「介護予防プラン作成事業」や「高齢者実態把握事業」ならびに「認知症にやさしい地域づくりネットワーク形成事業」等と介護保険事業費補助金による「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業」、そして「在宅介護支援センター運営事業」を再編している。したがって、この包括的支援

事業の実施機関となる包括センターは、在介センターの機能を継承したものといえる。

そこで、包括センターの創設ならびに、そこでの役割や機能を検討するには、在介センターの変遷をみておくことが有益である。以下で、在介センターの歴史を簡単に跡付け、事例として検討する長岡市の事業の推移をみておくことにする。

3 在宅介護支援センターの変遷

3.1 量的拡充を目指した在宅介護支援センター

在介センターは、1989年12月に策定された「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」⁵⁾において、はじめて登場する。このなかで、1999年度までの向こう10年間に緊急に実施すべき高齢者の保健福祉分野における公共サービスの整備目標が定められた。在介センターは、市町村における在宅福祉対策の緊急整備（在宅福祉推進十か年事業）の一環として10,000か所を目標⁶⁾に、1990年度から整備が開始された⁷⁾。ゴールドプランで構想された在介センターのサービス内容は、次のとおりである。

在宅介護支援センターは、在宅介護に関し、身近なところで専門家による介護の相談や指導が受けられ、また市町村の窓口になくとも必要なサービスが受けられるよう調整する24時間体制のセンターである。相談、サービスの調整等に当たるソーシャルワーカー又は保健婦、具体的な介護の指導に当たる看護婦又は介護福祉士（在宅介護指導員）がそれぞれ1名ずつ配置されるほか、介護機器の展示コーナー等を整備し、介護機器の使い方の指導も行うこととしている。

さらに、在宅介護支援センターと家庭やお年寄りとのきめ細かな連絡体制を確保するため、在宅介護相談協力員（民生委員、老人クラブ、社会福祉協議会、薬局等身近な商店等にボランティアとして協力を依頼）を配置することとしている。（厚生省大臣官房政策課 1991：45）

こうして在宅福祉サービスの飛躍的拡充を目指すなかで、在介センターは、特別養護老人ホームや老人保健施設等に併設するかたちで整備が図られたが、間もなく問題が顕在化する。

1993年9月に「高齢者施策の基本方向に関する懇談

会」のとりまとめた報告書を受けて、同年12月に中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会が厚生大臣に意見具申をした（厚生白書 平成5年版）。このなかで、「在宅介護支援センターの役割の明確化、サービスの利用手続きの簡素化・明確化等利用しやすいサービスの提供」を指摘している。ゴールドプラン策定による保健福祉サービスの量的な拡大に対して、その一層の充実を図る一方、サービスの質にも配慮し、利用者が利用しやすいようなサービスの総合化、体系化を検討するなかでの提言である。在介センターの役割の明確化の必要性は、2000年度以降、介護保険制度の導入によって高まるが、既に創設当時から抱えていた問題であったといえる。

この中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会の提言に基づいて、法的な位置付けのなかった在介センターは、1994年6月の老人福祉法の改正によって「老人介護支援センター」として、老人福祉施設のひとつに規定された（第5条の3）。老人福祉法（第20条の7の2）には、「老人介護支援センターは、地域の老人の福祉に関する各般の問題につき、老人、その者を現に養護する者、地域住民その他の者からの相談に応じ、必要な助言を行うとともに、主として居宅において介護を受ける老人又はその者を現に養護する者と市町村、老人居宅生活支援事業を行う者、老人福祉施設、医療施設、老人クラブその他老人の福祉を増進することを目的とする事業を行う者等との連絡調整その他の厚生労働省令で定める援助を総合的に行うことを目的とする施設」とある。ここでいう省令で定める援助には、上記の連絡調整の他に、訪問等の方法による状況の把握、その他必要な援助が含まれている（老人福祉法施行規則第7条）。

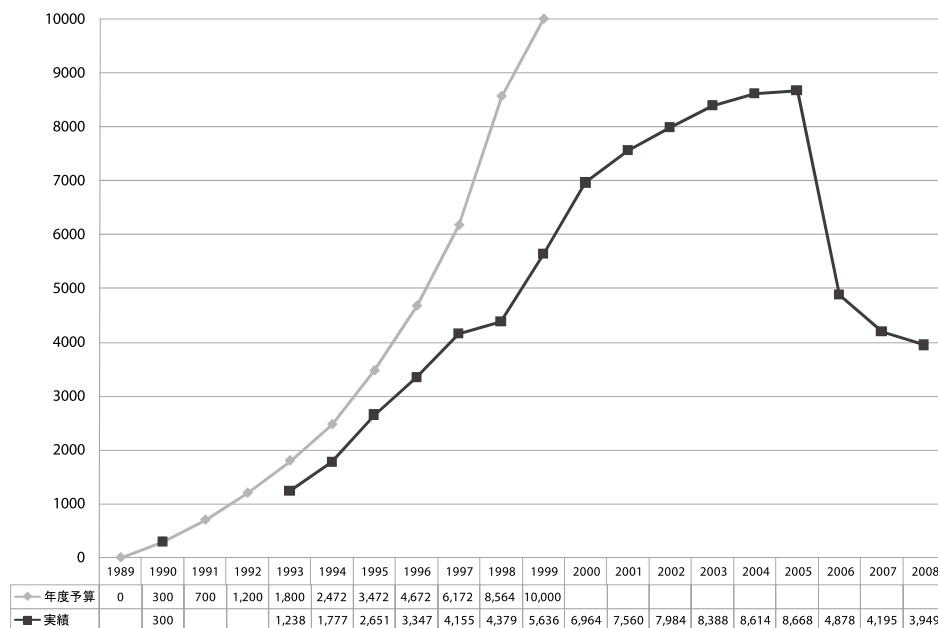
老人福祉法に老人介護支援センターが法定化されたのを受けて、在宅介護支援センター運営事業等実施要綱が改正された。このなかで、「地域に積極的に出向き又は支援センターにおいて行う」とする「事業内容」を9項目に渡って明記し、在介センターの役割が明確にされた⁸⁾。その事業内容は以下のとおりまとめられる⁹⁾。①地域の要援護高齢者の心身の状況、家族の状況等の実態把握、介護ニーズの評価、②地域の要援護高齢者およびその家族の処遇台帳の整備、③保健福祉サービスの存在、利用方法等の情報提供、サービス利用の啓発、④介護相談、⑤訪問等による介護方法等についての指導・助言、⑥サービス利用の手続き代行、サービス利用にあたっての調整、⑦福祉用具の展示、

紹介、選定、使用方法の相談・助言、⑧住宅改造の相談・助言、⑨在宅介護支援センター運営協議会の定期的な開催。

同年12月には、ゴールドプランの整備目標の引き上げを求めた新高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）が策定される。これは、ひとつには、ゴールドプランを受けて、1990年の老人福祉関係8法の改正に基づき地方自治体が策定した老人福祉計画のサービス総量が目標値を大幅に上回ったことによる。また、新ゴールドプランは、今後取り組むべき施策の基本的枠組みとして、①利用者本位・自立支援、②普遍主義、③総合的サービスの向上、④地域主義の基本理念を掲げるなど、高齢者保健福祉の総合的なプランとして策定された（厚生白書 平成7年版）。在介センターは、図2「在宅介護支援センター設置数の目標値と実績の推移」から明らかなように、1994年度において実績値は予算額を下回っている。整備の進捗状況は7割程度である¹⁰⁾。他のサービスの整備目標値が引き上げられるなかで、在介センターのそれは、ゴールドプランの10,000か所に据え置かれた。

市町村での整備が進まないなか、1997年に介護保険法が成立し2000年度からの施行が決まると、在介センターの再構築を促す動きが活発になる。厚生省（当時）の方針として、1998年度から、特別養護老人ホーム等に併設する従来の「標準型」に加え、市町村の保健福祉センター等に併設する「基幹型」、貸事務所等を利用する「単独型」を創設することが示された（厚生白書 平成10年版）。ただし、市町村内のすべての在介センターの連絡支援体制を形成することを条件としている。そして、注目すべき点は、民間事業者等への委託を認めたことである。これは、ひとつには、在介センターの整備目標値の達成を促進するためであり、そして、いまひとつには、介護保険制度のもとでは多様な事業主体の参入を促進することが求められることから、他の在宅サービス同様に民間事業者等への委託を可能にしたものである。さらには、民間事業者に期待するところの大きい介護保険制度にとって、在介センターを民間事業者が実施することは有益と考えられたためという見方もできる（副田 2004：18）。

在介センターの整備はどのように進んだのだろうか。はじめに、図2では、1997年度から1998年度にかけて在介センターの実績値の伸びが低い理由について、集計時点の違いによることを断っておく（1997年度までのデータは年度の集計に対して、1998年度以



(出所) 1998～2008年度の実績は、厚生労働（厚生）大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」による「老人介護支援センター」の状況（10月1日現在）より、その他は、厚生省「厚生白書」よりゴールドプラン及び新ゴールドプランの進捗状況を示すデータをもとに作成。

図2 在宅介護支援センター設置数の目標値と実績の推移

降のデータは10月1日現在で集計)。新ゴールドプランの最終年度にあたる1999年度をみると、目標値の10,000か所には遠く及ばず5,636か所で、2000年度でも6,964か所であった。達成率にして1999年度は56.4%、2000年度は69.6%であった（いずれも10月1日現在）。目標にはとどかなかつたが、2000年度以降の設置数の伸びが減速していることからすると、新ゴールドプランの最終年度に向けて1990年代に在介センターの整備が進んだものといえる。

1999年12月には、新ゴールドプランを引き継ぐ新たなプラン（2000年度から2004年度までの5か年計画）として、「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）」が策定された。訪問介護は17万人から35万人、通所介護・通所リハビリテーションは1.7万か所から2.6万か所、短期入所生活介護・短期入所療養介護は6万人分から9.6万人分と他の在宅サービスの目標値は大幅に引き上げられたが、在介センターは目標に到達することなくここで姿を消した（平成13年版 厚生労働白書）。そして、2000年度以降、在介センターを取り巻く環境は、介護保険制度の創設によって再びその役割の不明確さが問題となる。

介護保険導入と同時に、在介センターのタイプは「基幹型」と「地域型」に再編された。「地域型」とは、1998年度に導入した「標準型」と「単独型」をひとつにし

たものである。そして、地域型在介センターは、介護保険制度に位置付けられた居宅介護支援事業所を併設する施設が多く、いわゆる2枚看板と呼ばれる事業運営が展開されていくこととなる¹¹⁾。2005年の改正介護保険法においては、サービスの質の確保という観点からケアマネジメントのあり方が見直され、地域包括支援センターの創設へとつながっていく。改正介護保険法においては、介護予防重視のシステムに転換することによって、制度の構造改革が必要であったゆえんである。

この間の在介センターの役割の不明確さは、めまぐるしく動いた予算措置の状況に象徴されている。2001年度の在宅介護支援センター事業予算をみると、基幹型、地域型ともに、次のとおり新規事業が追加されている（副田 2004：19-20）。基幹型在介センターには、従来あった①「地域ケア会議」の実施、②地域型支援センターの統括に加えて、新規事業として③ケアマネジャーに対する支援が、地域型在介センターには、①総合相談、②実態把握、②サービス基本台帳整備、④福祉用具展示紹介業務（2003年度に廃止）に加えて、新規事業として⑤介護予防プラン作成、⑥痴呆相談事業（名称は当時のまま）（2003年度に廃止）、⑦住宅改修プラン作成、⑧福祉用具購入プラン作成、⑨介護予防教室・転倒骨折予防教室、⑩サービスマップ作成（2003

年度に廃止)、⑪適正契約普及事業が計上された。

2002年度の予算編成(概算要求)では、「ケアマネジャーに対する支援等による介護サービスの質の向上」のための予算を58億円計上している(全国介護保険担当課長会議資料 平成13年9月28日)。このなかで、基幹型在介センター機能の拡充として、ケアマネジメントリーダーを配置(義務化)するための予算を在宅介護支援センター運営事業費のうち22億円計上するとともに、ケアマネジメントリーダーを養成し、その活動を支援することを目的とするケアマネジメントリーダー活動支援事業の予算を3.5億円計上している。ケアマネジメントリーダーの配置を制度化するために計上された22億円は、在宅介護支援センター運営事業に対する国庫補助額205億円のうちケアマネジメントリーダーを想定する職員の人件費等を再掲した額であり、増額を意味するものではない。ケアマネジャー支援は基幹型在介センターの重要な役割であり、配置しない場合に補助金減額調整の対象となり得ることを示したものである(全国介護保険担当課長会議資料 平成13年9月28日)。また、地域型在介センターにかかわるものとして、実態把握加算と2001年度に追加した介護予防プラン作成加算の費目を、在宅介護支援センター運営事業費から介護予防・生活支援事業に変更している。このことは図1でも確認できる。それまで、地域型在介センターにのみ加算されていた事業の区分変更だけに、他の事業者への加算の可能性について疑念が生じても不思議ではない。この点に関して、介護予防・生活支援事業の在宅介護支援事業に組み替えたのは、地域型在介センターの介護予防拠点機能の充実を促進するためと説明している(全国介護保険担当課長会議資料 平成14年2月12日)。

2001年度、2002年度の予算編成から、基幹型在介センターには、サービスの質の向上の観点から地域のケアマネジャーを支援する役割が、また、地域型在介センターには、介護予防拠点としての役割が期待されていたものといえる。また、2002年度に施設整備補助が廃止されていることから、ゴールドプラン、そして新ゴールドプランに引き継がれた量的な基盤整備から、個々のセンターの機能の拡充による質の向上へと重心が移されたことがうかがえる¹²⁾。

しかし、在介センターを取り巻く環境は、介護保険制度の導入によって大きく変わり、再びその役割の明確化が求められることになる。2003年3月には、「これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの

在り方に関する検討委員会」(以下、「在り方に関する検討委員会」という)が発足し、5月に中間報告を、そして翌年の2004年4月には報告書を取りまとめている(全国在宅介護支援センター協議会 2004)。本節冒頭のとおり、改正介護保険法案の国会提出に向けて、社会保障審議会介護保険部会が発足したのは2003年5月であった。そして、2004年7月に「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめている。「在り方に関する検討委員会」は一足早く議論を開始し2004年4月に報告書を提出していたが、わずか3か月後には、社会保障審議会介護保険部会の意見として、包括センターの創設が打ち出されたことになる。

在介センターの設置数は、介護保険制度を導入した2000年度に1,328か所の大幅な増設があったが、それ以降も毎年3桁台の増加で推移していた。それも包括センターの創設を盛り込んだ改正介護保険法の成立した2005年度は、54か所増とはじめて2桁台の伸びにとどまった。そして、この2005年度の8,668か所をピークに、包括センターの導入された2006年度に4,878か所と激減し、以後減少を続けている。

3.2 長岡市の在宅介護支援センターの変遷

ゴールドプランを契機として国の推進してきた在介センターの基盤整備に対する戦略は、政策を実体化する市町村においてどのように取り組まれたのだろうか。長岡市を事例としてみていくことにする。

表1は、1990年10月1日に最初の在介センターが特別養護老人ホームわらび園に設置されてから、2009年4月1日現在まで、市内に設置された在介センターの変遷を表している。また、図3は、長岡市の在介センターにおける連絡調整ならびに総合相談の件数の推移を表している。

表1のとおり、1990年代は平均すると年1か所のペースで増設してきたことがわかる。介護保険制度の導入された2000年度以降は2000年度2か所、2001年度2か所、2002年度1か所、2004年度3か所と1990年代よりペースが上がっている。2005年度は周辺の9市町村との合併にともない14か所が長岡市在宅介護支援センターとして開設することになった。この時、旧市内にも1か所増設された。2005年度は、包括センターの創設される前年であるが、最も多い33施設の在介センターが設置されていた。2005年度(10月1日現在)の高齢者人口は64,944人であったから、およそ高齢者2,000人あたり1か所の在介センターが設置されていたことにな

表1 長岡市在宅介護支援センターの変遷

年 度	1990-										2000-													
	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09				
計	1	1	2	4	4	5	6	8	10	10	12	14	15	15	18	33	17	17	18	18				
1	わらび園						廃業																	
2	1992	表町診療所(表町)															廃業							
3	1993			まちだ園(町田町)																				
4				かつぼ園(加津保町)																				
5	1995					西長岡(三ツ郷屋町)											包括センター開業							
6	1996					まきやま(槇山町)											包括センター開業							
7						長岡中央総合病院(福住)																		
8	1997					こぶし(深沢町)																		
9						悠遊園(大字日越)																		
10	1998					ふそき(新保町)											包括センター開業							
11						けさじろ(今朝白)											包括センター開業							
12	2000					みやうち(曲新町)											包括センター開業							
13						ほっとながおか(前田)											廃業							
14	2001					ほんちょう(本町)											廃業							
15						岡南(渡沢町)																		
16	2002					ほっとあらまち(泉)																		
17	2004					幸町(幸町)																		
18						永田(長田)																		
19						黒条(黒津町)																		
20	2005					しなの(信濃)																		
21	サンバルコなかのしま(中之島町) 4/1 編入																				包括センター開業			
22	こしじ(越路町) 4/1 編入																				包括センター開業			
23	みしま(三島町) 4/1 編入																				廃業			
24	やまこし(山古志村) 4/1 編入																				廃業			
25	おぐに(小国町) 4/1 編入																				廃業			
26	栃尾支所(栃尾市) 06/1/1 編入																				廃業			
27	栃尾郷診療所(栃尾市) 06/1/1 編入																							
28	いずみ苑(栃尾市) 06/1/1 編入																				包括センター開業			
29	とちお(栃尾市) 06/1/1 編入																							
30	JA とちお(栃尾市) 06/1/1 編入																							
31	みどり(栃尾市) 06/1/1 編入																							
32	よいた(与板町) 06/1/1 編入																							
33	わしま(和島町) 06/1/1 編入																				包括センター開業			
34	てらどまり(寺泊町) 06/1/1 編入																							
35																2008					みつごうや			

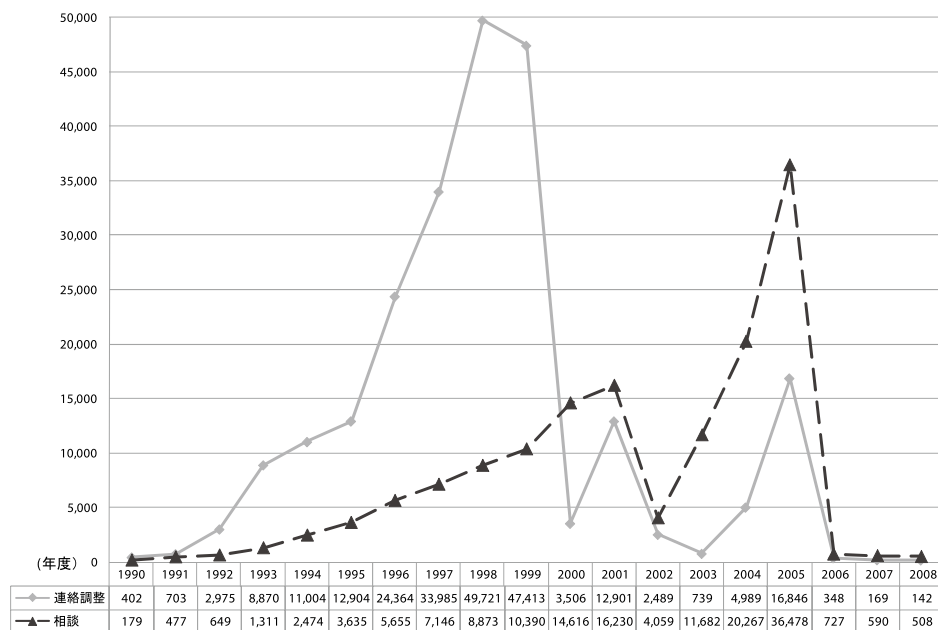
注1) 施設の設置状況を各施設の開業年度を起点に網かけで示している。

注2) 「計」の欄は設置数の合計を表している。

注3) 施設名の()内は所在地を表している。

注4) 2008年度開業の「みつごうや」は市の委託事業ではない。

(出所) 長岡市福祉保健部・長岡市社会福祉協議会(1991)～(2009)をもとに作成。



(出所) 長岡市福祉保健部・長岡市社会福祉協議会 (1991) ～ (2009) をもとに作成。

図3 長岡市在宅介護支援センターにおける連絡調整・総合相談件数の推移

る。当時、基幹型センターの役割は、在介センターけさじろが担っていた。

そして、2006年度の改正介護保険法の施行により、33か所あった在介センターのうち9か所が包括センターに移行した。残りの24か所のうち7か所は廃業したが、17か所は在介センターとして事業を継続した。在宅介護支援センター運営事業のための国からの補助は2005年度をもって終了したが、市としての委託は継続された。しかし、第4期長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画には、在介センターは、関係機関の紹介や取次ぎ業務が主になるもので、包括センターへの移行が図られていることから2010年度をもって委託は廃止する方向が示されている。委託廃止の方向のなかで、表1にあるとおり、2008年度には委託によらない事業として、在介センターみつごうやが開設された。みつごうやは居宅介護支援事業も行っている¹³⁾。こうした事例もみられるが、2011年度以降、市の委託が廃止されるのを機に廃業する在介センターのあることが予想される。

在介センターの果たしてきた役割を図3によって確認すると、連絡調整の年間件数は1995年度以降、飛躍的な伸びを示している。ピーク時の1998年度は50,000件に近づく。それが、2000年度に介護保険制度が導入されると3,506件まで一気に落ち込んだ。居宅介護支援事業所によるケアマネジメントに、その役割が取っ

て代わられたことによるものといえる。その後、複雑な動きをみせるが、在介センターの在り方が問われるなかで再び件数が上向いてきている。2005年度は長岡市においては、周辺の9市町村と合併した年である。10月1日現在の旧長岡市の人口195,681人に対して、編入した市町村の人口87,543人であったから、2005年度に上昇しているのは合併による影響だけではないといっていよう。

また、相談件数をみると、1990年の開設以来2001年度まで年々増加している。連絡調整件数が2000年度に急降下していたのに対して、相談件数の方は2001年度まで上昇傾向にあったことは興味深い。2000年度と2001年度には介護保険制度に関する相談が寄せられたことがうかがえる。2002年度に落ち込んだ後、再び相談件数が伸びている。在介センターの役割は、介護保険制度の導入以降、連絡調整に代わって総合相談が中心になったものといえる。

こうして連絡調整、相談件数とも介護保険導入以降に落ち込んだ後、再び上昇に転じたものの、2006年度の包括センターの導入によって件数は激減した。在介センターの役割は、連絡調整、相談件数だけで測ることはできないが、ゴールドプランに10,000か所という目標を掲げて整備を推進した1990年代、介護保険制度の導入による影響を受けた2000年度以降、地域支援事業の創設による包括センターへの再編成の図られた

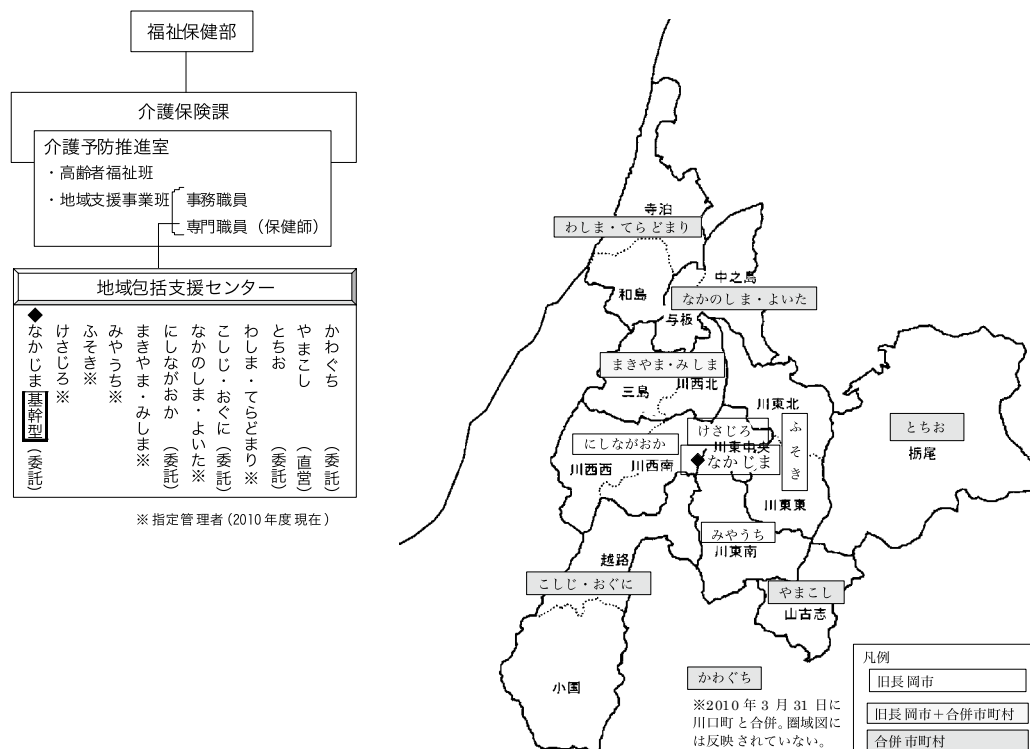


図4 長岡市地域包括支援センターの組織図・圏域図

2006年度以降、明らかに変化の跡をみてとれる。次節では、包括ケアという理念のもと、高齢者の生活支援の役割をバトンタッチすることになった包括センターの創設をみていく。

4 地域包括支援センターの創設

4.1 長岡市地域包括支援センターの組織・体制

長岡市では、2006年4月の改正介護保険法施行により、図4のとおり、福祉保健部介護保険課介護予防推進室（地域支援事業班）の所掌として、11の包括センターを設置しスタートした。表1のとおり、9包括センターは、在介センターから移行した。これに、基幹型センターと旧山古志村に新設し11か所とした。包括センターの圏域は、第3期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（2006～2008年度）において設定した「日常生活圏域」¹⁴⁾をもとにしている。この日常生活圏域の設定にあたっては、第3期事業計画の期首が2005年度の市町村合併直後であったことから、合併した市町村については旧市町村単位を基本に、旧長岡市については旧長岡市総合計画の地域分割をもとにしている。こうして、合併した9市町村に9日常生活圏域（中之島、越路、三島、山古志、小国、和島、寺泊、栃尾、

与板）が、旧長岡市に7圏域（川東中央部、川東北部、川東東部、川東南部、川西北部、川西南部、川西部）の16圏域が設定された。この日常生活圏域をもとに、人口の多い川東中央部を東と西に分割し、他は隣の圏域をあわせる形で11の包括センターを設置することになった。その後、2010年3月31日の旧川口町との合併により1圏域が追加され、2010年度現在合計12の包括センターを配置することになった。包括センターの設置は、図4のような日常生活圏域をもとに成り立っているといえる¹⁵⁾。そして、人口の多い川東中央部を分割した西の地区を圏域とする地域包括支援センターなかじまが、基幹型包括センターの役割を担っている。

2節にあるとおり、包括センターは地域支援事業の包括的支援事業を一括して実施することを条件に、老人介護支援センターの設置者をはじめ民間事業者にも委託することができる。長岡市においては、旧山古志村を圏域とする包括センターやまこしを直営としている。山古志は、当初、川東南とあわせて1圏域とする予定であったが、2004年10月23日に発生した中越大地震の復興過程で圏域を別にし、直営とした経緯がある（合併前には、仮設住宅地に村直営の在介センターを設置していた）。残りの11包括センターの内訳は、業

表2 長岡市地域包括支援センターの担当区域と配置職員（2010年6月1日現在）

	名称 (設置場所)	圏域	担当地区・地域 (斜体は合併前の旧市町村)	65歳以上 人口	区割り (=専 門職員 数)	配置職員(☆センター長)					指定介護 予防 支援事業所 専従職員
						社会福 祉士	保健師	主任介護 支援専門員	介護支援専門員	事務補助職員	
1	なかじま (長岡市社会福祉センター内)	川東中央部 (西)	・千手・中島・表町・神田・新町	8,701人 男3,576人 女5,125人	5	1	1	☆1	2		1(介護 支援専門員)
2	けさじろ (高齢者センターけさじろ内)	川東中央部 (東)	・四郎丸・豊田・阪之上・川崎	9,317人 男3,968人 女5,349人	4	1	1	☆1	1	1(社会福祉士)	
3	ふそき (高齢者センターふそき内)	川東北部 川東東部	・富曾亀・新組・黒条・山本 ・栖吉	7,205人 男3,085人 女4,120人	4	☆1	1	1	1	1(介護 支援専門員)	
4	みやうち (高齢者センターみやうち内)	川東南部	・宮内・十日町・六日市・太田 ・山通(日常生活圏域は川東東部)	7,312人 男3,094人 女4,218人	4	1	☆1	1	1		
5	まきやま・みしま (高齢者センターまきやま内)	川西北部 三島	・上川西・下川西・福戸・王寺川 ・三島町	4,693人 男1,949人 女2,744人	3	1	1	☆1		1(社会福祉士)	
6	にしながおか (ケアハウス西長岡内)	川西南部 川西西部	・大島・希望が丘・日越・深才 ・関原・宮本・大積・青葉台	9,130人 男3,979人 女5,151人	4	1	1	☆1	1	1(社会福祉士)	
7	なかのしま・よいた (サンパルコなかのしま内)	中之島 与板	・中之島町 ・与板町	4,864人 男2,020人 女2,844人	3	1	1	☆1		1(介護 支援専門員)	
8	こしじ・おぐに (特別養護老人ホームわらび園内)	越路 小国	・越路町 ・小国	6,130人 男2,551人 女3,579人	4	☆1	1	1	1	1(介護 支援専門員)	
9	わしま・てらどまり (デイサービスセンターわしま内)	和島 寺泊	・和島村 ・寺泊町	4,750人 男1,895人 女2,855人	3	1	1	☆1			
10	とちお (特別養護老人ホームいずみ苑内)	栃尾	・栃尾市	7,222人 男3,037人 女4,185人	4	☆1	1	1	1		
11	やまこし (山古志支所市民生活課内)	山古志	・山古志村	578人 男 260人 女 318人	1			1			1(保健師)
12	かわぐち (高齢者生活支援ハウスぬくもり荘内)	川口	・川口町	1,503人 男 611人 女 892人	2		1	☆1			1(介護 支援専門員)

注) 職種(社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員)には、準ずる者を含んでいる。

(出所) 長岡市資料をもとに作成。

務委託が5包括センター(なかじま、にしながおか、こしじ・おぐに、とちお、かわぐち)で、6包括センター(けさじろ、ふそき、みやうち、まきやま・みしま、なかのしま・よいた、わしま・てらどまり)は指定管理者である¹⁶⁾。2006年度に導入した指定管理者制度については、その後、包括センターにはなじまないとの判断から、次回契約更新せずに業務委託に変更する方針が示されている。2010年度をもって契約期間の終了する5包括センター(けさじろ、ふそき、みやうち、まきやま・みしま、わしま・てらどまり)については、2011年度からの委託法人をこの9月に募集した。その際、直営で運営してきた包括センターやまこしは、当初の予定どおり川東南と1圏域とし、包括センターみやうち・やまこしになる。合併によって圏域の拡大した長岡市の包括センターの体制は、日常生活圏域という考え方を基軸に整備しているといえることができる。

設置主体は、長岡市社会福祉協議会による3包括センター(なかじま、なかのしま・よいた、かわぐち)他、

全包括センターが社会福祉法人である。包括センターの委託先として社会福祉法人の占める割合が高いのは全国的な傾向である。厚生労働省が実施した「地域包括支援センターの運営状況に関する調査(2007年4月末時点)」¹⁷⁾によれば、全国に設置された包括センターの数は3,831か所で、その設置主体の割合は、「直営」36.3%、「社会福祉法人(社協除く)」33.3%、「社会福祉協議会」11.7%、「医療法人」11.4%、「社団法人」2.2%、「財団法人」1.8%、「株式会社等」1.5%、「NPO法人」0.5%、「その他」1.2%であった。

職員配置の状況は、表2のとおり、高齢者人口3,000～6,000人に3職種(社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員)各1人を配置することになっている国の基準と比較すると、基準より若干人口の多い地区では、介護支援専門員を配置している。厚生労働省による同調査によれば、1センターあたりの職員の配置状況(ただしセンター長、事務職員等は除く)は、「12人以上」3.5%、「9人以上12人未満」3.9%、「6人以上9人

未満」10.8%、「3人以上6人未満」67.8%、「3人未満」14.1%であった。職員配置は圏域の高齢者人口を反映したものとなるが、地域ケアという観点が欠如し、適正規模の人口あたりに設置しなかった自治体では混乱を招いたという（鏡 2008：52）。調査では、6人未満で運営しているセンターが81.9%となっている。2010年度現在の長岡市の状況は、ここに該当する。なお、包括センターは3職種によるチームアプローチが原則となるが、そのなかで3人未満というのは、小規模町村など人口の少ない地域においては兼務を認めているからである。また、市町村合併や特殊事情において、運営協議会が設置を認めた場合にも3人未満の職員配置となる（施行規則第140条の52第1項第3号）¹⁸⁾。長岡市では山古志と川口が該当している。

チームアプローチを強調するのは、介護予防ケアマネジメント業務を保健師が、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を主任介護支援専門員が、総合相談支援業務ならびに権利擁護業務を社会福祉士が各専門性を発揮することを前提に配置されているからである。しかし、専門分野にかかわる課題のみ対応したのでは、専門の狭間に置かれ抜け落ちる課題が生じるなど、継続的に一貫した支援が困難になることなどが、運営の手引き書などでも強調されている（地域包括支援センター運営の手引編集委員会 2008：18）。これに対して長岡市では、担当区域制によって対応している。職員は、圏域内の担当地区のうち割り当てられた区域の全業務を担当している。表2に（区割り＝専門職員数）とあるのは、そのことを表している。これは、包括センターの制度設計からすると特筆すべきことである。長岡方式といえることができる。

4.2 基幹型地域包括支援センターの役割

基幹型包括センターの活動として、地域ケア会議の開催と管内の包括センターへの支援があげられる。いずれも基幹型在介センターの役割とされていたものである。

地域ケア会議の重要性は、在介センターの在り方を検討している当時から繰り返されてきた。包括センターにおいても同様である。長岡市では、保健、医療、福祉分野および地域の代表者で構成する地域ケア会議を基幹型センターである包括センターなかじまが主催している。この地域ケア会議には、(1)連絡調整会議と職員研修会（年12回ずつ開催。2010年度より同日開催）、(2)定例会（年3回開催）、(3)入所判定会議（2008年度

は年8回開催）がある。各会議の概要は以下のとおりである。

(1)連絡調整会議と職員研修会は、包括センターの職員全員が市役所の会議室（昼の部屋）に集合し、半日をかけて開催している。ここで情報共有を図る。また、4つのプロジェクト（①総合相談・介護予防ケアマネジメント、②地域のネットワークづくり、③ケアマネジャー支援、④権利擁護、虐待の早期発見・予防）を設けて職員全員がいずれかのプロジェクトに属し、毎月業務検討を行っている。新年度にプロジェクトごとの年間活動計画を立てて取り組み、年度末には業務評価発表会を開催している。

(2)定例会では、同日に(3)入所判定会議を開催している。ここで、養護老人ホームの入所判定のための検討・協議を行っている。入所判定会議は、緊急を要する場合など、必要に応じて定例会の日程以外にも開催する。

そして、地域ケア会議の開催とともに包括センターなかじまの重要な役割が、管内の包括センターへの支援である。地域・病院などへの連携依頼訪問、会議出席（コミュニティ主事会議、地域連携会議、行政会議他）、困難対応ケースへの助言、他機関への講師派遣、包括への巡回訪問、市との打ち合わせ等である。

長岡市の地域包括支援センターの組織、体制の概要ならびに特徴は、以上のとおりまとめられる。2009年1月に、「介護予防推進システム」（市と包括センターを結ぶ情報ネットワークシステム）を導入し、端末で管内の全包括センターの情報管理ができるようになった。合併によって圏域の拡大した包括センターの業務を、責任主体である市が管理、統括するうえで効力を発揮するものと思われる。

次節では、本稿の目的から、総合相談と権利擁護に関する業務をみていくことにする。

5 総合相談支援・権利擁護事業の展開

「地域支援事業実施要綱」によれば、地域におけるネットワークの構築は、総合相談支援業務のなかの業務内容に含まれるが、長岡市においては、介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に続く5番目の業務として位置付けている。ネットワークの構築は、2004年に相次いだ自然災害（水害や震災等）の体験から、災害時にも配慮した内容になっている。本稿

表3 長岡市の高齢者の状況

(4月1日現在)	人口	高齢者数	高齢化率	認定者数(要支援者)	認知症高齢者数(女性)	単身高齢者数(女性)
2006年	282,214人	65,565人	23.2%	10,749人(772人)	2,076人(1,460人)	5,122人(3,897人)
2007年	281,424人	66,892人	23.8%	11,224人(1,752人)	2,438人(1,691人)	5,492人(4,170人)
2008年	280,256人	67,849人	24.2%	11,420人(2,081人)	2,412人(1,662人)	5,578人(41,73人)
2009年	279,342人	69,234人	24.8%	11,779人(2,142人)	2,372人(1,616人)	5,837人(43,35人)

(出所) 長岡市福祉保健部・長岡市社会福祉協議会 (2008)、(2009) をもとに作成。

においてもネットワークの構築を独立した業務として取り上げることにする。ネットワークの構築は、包括センターにおけるあらゆる業務の前提となる業務といえる。

長岡市が包括的支援事業を委託する際に提示している業務内容を、「長岡市包括的支援事業委託業務内容」¹⁹⁾より、総合相談業務、権利擁護業務、地域におけるネットワークの構築の順に確認し、包括センターの取り組み状況をみることにする²⁰⁾。表3は、2006年度以降の長岡市の高齢者にかかわるデータの一覧である。

5.1 総合相談支援業務

総合相談支援業務の内容は次のとおりである。

- (1)総合相談：本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じて様々な相談を受け、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる。
- (2)実態把握：地域の高齢者等の実態把握及び介護ニーズ等の評価を行うため、以下の業務を行う。
 - ① 長岡市が提供する名簿等を利用し、民生委員、地区社会福祉協議会との連携のもと、地域の要援護高齢者等を戸別訪問し、心身の状況及びその家族等の状況等の実態を把握するとともに、介護ニーズ等の評価を行う。
 - ② 実態把握及び介護ニーズの結果を記載した台帳を整備する。
- (3)介護認定の申請受付：介護認定の申請に当り申請受付等を行う。

2008年度の総合相談の受理件数は25,039件であった。総合相談の経路をみると（該当数は18,474件で受理件数と一致していない）、「本人」が34.8%と最も多く、次に「家族」18.1%であった。「現状調査」15.0%、「行政」14.0%と続き、以下、「福祉機関」7.5%、「民生委員」4.3%、「医療機関」3.3%、「地域機関」1.8%、「その他」1.1%である。

相談内容は、単一に限るわけではないが、件数をみると、「介護予防」に関するものが9,550件で最も多く、次に「介護保険」が7,996件となっている。「虐待防止・

権利擁護」は565件であった。

戸別訪問による実態把握件数は12,345件であった。実態把握は、民生委員を経由して市に集められた情報をもとに、専門職員1人当たり年間300件を目標に訪問した総数である。

この戸別訪問を補うために、2009年度まで、通称「お元気ですか なじらね便」と呼んでいる手紙を7月下旬から8月初旬にかけて、一人暮らし高齢者、高齢者世帯、訪問しても不在で実態把握のできない人などを対象に送付していた²¹⁾。「なじらね便」は、前節のプロジェクトの発案ではじめられた。包括センターを周知する目的も兼ねて、担当者の氏名を同時に知らせた。これまでに、2006年度2,732件、2007年度3,071件、2008年度3,588件、2009年度2,884件を発送し、回収状況は1,366件（率50%）、1,571件（率51.2%）、1,667件（率46.5%）、1,231件（率42.7%）であった。この業務は、対象者のリストアップから集計まで作業が大変なため、地域との連携の取り組みを重点化する観点から2009年度をもって終了した。

5.2 権利擁護業務

権利擁護業務の内容は次のとおりである。

- (1)成年後見制度：高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要なケースである場合、親族又は市町村からの申し立てが行われるよう支援する。
- (2)虐待への対応：高齢者の虐待防止と養護者への支援に関し、長岡市と連携し、以下の業務を行う。
 - ① 虐待の相談・通報・届出への対応、② 関係機関からの情報収集と訪問調査、③ 個別ケース会議の開催等による援助方針の決定、④ 措置後の支援、⑤ 支援の実施後のモニタリング、⑥ その他、消費生活関係部署・機関の紹介

成年後見制度の利用促進は、困難事例を抱えたケアマネジャーへの支援として活用されている。しかし、実際に利用につないだケースは年に数えるほどであ

る。費用がかかることなどもあり、誰でも簡単に利用できるわけではない。一方、日常生活自立支援事業は、社会福祉協議会とのネットワークを活用している。基幹型センターの設置主体は、長岡市社会福祉協議会であることから連携はよい。しかし、本人や家族がニーズを感じていない点で、利用に結びつきにくいというのが現状である。

これに対して、高齢者虐待への対応に関しては、包括センターへの通報を通して、その実態が明らかになってきている。ここでは、2008年度の通報等をもとに集計されたデータを確認しておく。

虐待通報等の件数は51件（うち1件は誤報）であった。前年度は67件であったから年度によって差がみられる。51件の通報先の内訳は、「介護支援専門員」21件で41.2%にのぼる。以下、「親族」11件（21.6%）、「民生委員」5件（9.9%）、「本人」「警察」とともに4件（7.8%）、「近隣」2件（3.9%）、「サービス事業所」「知人」とともに1件（2.0%）であった。「その他」も2件あったが「主治医」「関係機関」からの通報はなかった。圏域別の受付件数は年度によって差はあるが、2008年度は「ふそき」と「とちお」がともに11件（21.6%）と多かった。「やまこし」は高齢者人口も少ないが1件もなく、その他の圏域では2～6件であった。

虐待の確認された50件の被虐待者の性別は、「女性」が39人で78%を占める。以下、該当数が50人であるため、割合は算出しやすいので件数だけみていくことにする。虐待者の続柄は「息子」が26人と最も多く、「夫」9人、「嫁」7人に次いで「孫」が6人みられた。他には「娘」4人、「婿」「妻」はいずれも1人であった。虐待の種類（重複あり）は、「身体的虐待」が最も多く37件、以下、「心理的虐待」12件、「経済的虐待」11件、「介護・世話の放棄・放任」9件と続き、「性的虐待」はなかった。被虐待者の要介護度は「介護2」が最も多く14件で、次に多かったのが「自立」12件であった。比較的多かったのが「介護1」7件、「介護3」6件などとなっている。緊急対応の必要性のあったものは、施設への分離が4件、介護サービスの調整によって対応したものが1件、家族支援の導入が1件であった。以上のとおり、包括センターには通報等を通して高齢者虐待の実態に関するデータが集まってきている。

虐待への対応の課題は、「虐待防止プロジェクト」チームによって取り組まれている。2009年度の業務目標は次のとおりであった。(1)高齢者虐待対応マニユア

ルを検討、作成し、周知を図る、(2)専門職とのネットワーク作り、(3)虐待事例について評価し、支援方法の課題を明らかにする。具体的には(1)として、2009年度に虐待対応時のシートを見直したことから、記入方法などの研修会を開催した。更新もしくは新たに導入したシートは、「高齢者の虐待相談受付票」「高齢者のリスクアセスメントシート」「事実確認票チェックシート第2版」「高齢者虐待対応ケース会議録」「支援評価票」などである。(2)は、虐待防止と早期発見を目的として「ご近所見守りシート」（厚生労働問題研究会発行）を民生委員に配布し説明した。(3)は、包括センターに通報のあった事例を収集し、支援過程が明らかになるように様式を統一して評価を行った（2009年度現在2008年度の2事例を含む10事例を収集）。

5.3 地域におけるネットワークの構築

ネットワークの構築は、上述のとおり災害時を意識したものとなっている。業務内容は次のとおりである。

コミュニティ推進組織や関係機関とともに地域福祉ネットワークを構築し、地域の資源づくりや要援護者、認知症高齢者及び虐待を受けている高齢者の早期発見、早期対応及び災害時等の対応を行うため、以下の業務を行う。

- (1)民生委員会及びコミュニティ推進組織の会議等への参加
- (2)関係機関に対して地域包括支援センター事業の説明及び連携依頼
- (3)関係機関に対しての相談・助言
- (4)コミュニティ推進組織を中心とした関係機関を集めた会議の開催
- (5)高齢者虐待防止のネットワークの会議開催と調整
- (6)平時から災害時を想定した要援護者に対する支援準備体制を図るとともに、災害発生時には市及び関係機関と連携し、適切な支援を実施

地域におけるネットワークの構築は、在介センターが2004年度からはじめた「地域福祉連携事業」と呼ぶ事業があり、包括センターが引き継いだ。この事業は、地域の高齢者の情報交換をし、連携をとることで高齢者への生活支援を行うことを目的としている。構成員をあげると次のとおりである。地区コミュニティ推進協議会、地区社会福祉協議会・地区福祉会、町内会、地区コミュニティセンター、地区の福祉部会、民生委員、老人クラブ、ボランティア団体、地域の医師、居

宅介護支援事業所、介護サービス事業所、商工会、交番、郵便局、金融機関等。各関係機関の長には、年度はじめに、介護保険課長と各包括センター長の連名で、担当者（介護予防推進室と包括センター）の氏名を添えて事業実施のお願い状を送付している。その後、各包括センターの担当者が直接訪問のうえ協力を要請（連携依頼）し、顔の見える関係を作っている。

事業内容ならびに実績（2008年度の件数）は次のとおりである。①関係機関を訪問・連携依頼（1,095件）、②各種会議（民生委員児童委員協議会等）への参加（288件）、③各種相談の受付・助言・対応等（1,776件）、④個人編会議（＝個別ケース会議）の開催（149件）、⑤組織編会議（＝地域福祉連携会議）の開催（62件）、⑥具体的な事業の実施に向けた連携（76件）。

地域福祉連携の取り組みは、次のような5段階で表される。第1段階「包括センターの役割を知ってもらう」、第2段階「相談してもらえ関係を築く」、第3段階「関係機関と連携し、相談に対処できる」、第4段階「関係機関で個別ケースの問題について話し合える」、第5段階「地域全体で問題解決のための取り組みができる」。年度初めには、地区ごとに目標段階を設定し、年度末に達成状況の評価をしてきた。2006年度にいち早く第5段階に到達したのは、包括センターまきやま・みしまの圏域である川西北部の下川西地区であった。2008年度の業務評価では、約半数の地区が第4段階を達成した。第5段階の課題としては、解決策や包括独自の役割を探ることとされる。

6 インフォーマル・ケアの質の確保策に対するインプリケーション

2005年の改正介護保険法において、第1条の目的に、サービス利用者の「尊厳を保持」することが明記された。そして、制度創設以来、介護保険の目指すところは在宅福祉の推進である。つまり、住み慣れた地域で尊厳ある日常生活を保障するのが介護保険制度ということである。日本の介護保障は、ゴールドプランのその後に象徴されるように、サービスの量的な基盤整備が課題となってきた。それも、質的な観点からの保障へと、本格的に移行したことを宣言したものといえる。このことから、包括センターの役割の重要性がみてとれる。以下、包括センターの役割として、総合相談支援・権利擁護事業の限られた範囲ながら、インフォーマル・ケアの質の確保策を検討するうでのインプリ

ケーションをまとめる。

本稿では、2005年の改正介護保険法によって創設された地域支援事業ならびに、サービスの質の確保・向上の観点からこの事業の中核的機関となった包括センターの導入過程を検証し、長岡市の事例をもとに事業展開の実際をみてきた。そこから明らかとなったのは、在介センターが、1990年より国の掲げた整備目標に向かって年々増設されてきたのに対して、包括センターは、創設当初から計画的に設置されたことである。その整備計画の基本となったのが、日常生活圏域という考え方であった。そこでは、住み慣れた地域での自立生活を、公平中立の立場から、包括的かつ継続的に支援する視点が重視された。したがって、包括センターは、その誕生においてサービスの質の確保という観点から導入された機関ということができる。そして、これを担保するために構想されたのが専門職の配置であった。すなわち、介護予防ケアマネジメント業務を保健師が、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を主任介護支援専門員が、総合相談支援業務ならびに権利擁護業務を社会福祉士が、各専門性を発揮することを前提とした。

これに対して長岡市では、日常生活圏域をさらに小さな単位とし、その区域の全業務を専門職の職員1人が担当するしくみを導入している。全業務に占める専門領域以外の業務の割合が高まると、業務へのモチベーションが低下することを、社会福祉士を対象に検証した研究もある。しかし、長岡市の試みのように、はじめから役割として位置付けられた業務であれば、結果は異なることが予想される。むしろ専門領域にこだわることからくるチームアプローチの弊害は、包括的・継続的ケアにとってはマイナス要因と考えることもできる。小規模町村においては、もとより兼務である。長岡方式は、地域包括ケアの実践モデルとして多くの示唆に富む²⁹⁾。効果の検証は今後の課題としたい。

また、本稿では、包括センターに位置付けられた包括的支援事業のなかで、総合相談支援・権利擁護事業に着目した。これは、本来、ソーシャルワークの専門職である社会福祉士の役割とされた業務である。家族などの介護を期待できない独居高齢者や認知症高齢者などにとって重要な支援となる（池田 2006）。これからの日本社会を展望すると、その役割の重要性が増すことは確かである。近隣住民、知人、友人、ボランティアなどインフォーマル・セクターからの支援が、質・量ともにどの程度得られるかは、地域包括ケアの成否

を左右するであろう。

と同時に、総合相談支援・権利擁護事業は、在宅の養護者支援という観点からの役割も見落としてはならない。包括センターの前身である在介センターが創設された当時の期待が思い起こされる。それは、在宅介護に関し、身近なところで専門家による介護の相談や指導が受けられ、あるいはサービスの調整を24時間体制で受けられるというものだった。この場合、在宅介護の中心的な役割を担っているのは、家族をベースとするインフォーマル・ケアである。当然のことながら、その質の向上のための取り組みは重要である。介護者の心身の疲れは虐待の発生要因ともなることが、複数の調査から明らかになっている（田中 2005）。長岡市の事例によれば、高齢者虐待の相談窓口として位置付けられた包括センターには、通報等による情報が集まってきた。その対応として、老人福祉法に規定する「やむを得ない事由等による措置」もとられている。日常生活自立支援事業や成年後見制度などの利用促進は今後の課題である。そして、高齢者虐待に至った場合に難しいのは、養護者支援であるという。インフォーマル・ケアの質を確保・向上するうえで、包括センターには、新たな社会資源の開発が求められているものといえる。その業務は緒に就いたところである。

〔付記〕本研究は、平成20～22年度科学研究費補助金（基礎研究（B））「多元的福祉ガバナンスのもとでの福祉サービスの質の確保策に関する総合的研究」（研究代表者 平岡公一）による研究成果の一部である。最後に、長岡市介護予防推進室ならびに地域包括支援センターの職員の皆様には、お忙しい中、面接調査等にご協力いただきましたことに、この場を借りてお礼を申し上げます。

注

- 1) 長岡市は新潟県のほぼ中央に位置し、信濃川が市内中央を流れる。2005年度に周辺9市町村と、また2009年度に1町との飛び地合併をし、山間地から日本海沿岸地域に至る総面積890.91 Km²の都市となった（長岡市 2010）。2010年9月1日現在の人口は283,472人、高齢化率は25.2%である。
- 2) 「地域支援事業実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）によって周知され、自治体への協力を要請した。これに

よって、「介護予防・地域支え合い事業の実施について」（平成13年5月25日老発第213号厚生労働省老健局長通知）は廃止された。

- 3) 本稿で引用している厚生労働（厚生）白書は、厚生労働省ホームページに掲載されている情報「白書、年次報告書等」（厚生労働省 2010b）による。全国課長会議資料等は、同「全国課長会議」（厚生労働省 2010a）による。
- 4) 「介護保険制度の見直しに関する意見」では、介護予防サービスの現状として、①老人保健法に基づく、40歳以上の住民を対象とする「老人保健事業」における機能訓練等のサービス、②「介護予防・地域支え合い事業」における介護予防サービス、③介護保険制度における「予防給付」もしくは「介護給付」として提供されているリハビリテーション等のサービス、④医療保険制度におけるリハビリテーションの一部などがあげられている。
- 5) 高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）は、同年4月の消費税導入を契機として、その見直しを議論するなかで提唱され、大蔵・厚生・自治の三大臣合意によって、総事業費6兆円強にのぼる高齢社会対策の充実が図られることになった（厚生省大臣官房政策課 1991：26－9）。
- 6) 10,000という整備目標は、「身近なところにきめ細かく整備し、小さな市町村にも最低1か所は設置すること」（厚生省大臣官房政策課1991：45）を根拠にしている。
- 7) 1990年8月に改正された「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」（平成2年8月27日老発第167号厚生省社会局長通知）の別添4「在宅老人デイサービス運営事業実施要綱」において「在宅介護支援センター運営事業」として創設された（会津 1998：53）。1990年度予算（施設整備費の1/2と運営費の1/2を補助）は、デイサービス事業に計上された（厚生白書 平成2年版）。
- 8) 在宅介護支援センター運営事業等実施要綱は、全国社会福祉協議会（1997：142－7）による。
- 9) ①～⑧は、前掲書（1997：19）より引用。
- 10) 老人保健福祉計画の実施にあたっての財源は地方交付税によって補填されたが、充当率40～60%にとどまっていたため財政力の弱い市町村にとっては目標達成は加重負担となり、予算枠の限界を理由に達成されないところもあった（山本 2002：109－11）。

- 11)「これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会報告書」(全国在宅介護支援センター協議会 2004: 12)によれば、2001年度に全国在宅介護支援センター協議会の実施した調査では、居宅介護支援事業所を併設している地域型在介センターは、90.7%であった。
- 12) 老人保健福祉計画の見直しに当たって、国の示す参酌標準として、在宅介護支援センターについては、「現状程度の設置数とすることを標準とする。ただし、地域における保健福祉の総合的な相談・支援体制の整備が未了の市町村にあっては、相談・支援体制を確保するために必要な量を見込む」(全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議 平成14年2月12日)とあるとおり、増設を目指していないことが裏づけられる。
- 13) 市の公開している事業所一覧(2010年度7月1日現在)によれば、みつごうやの他に、居宅介護支援事業を行っている在介センターは5か所(長岡中央総合病院、ほっとあらまち、かつば園、悠遊園、栃尾郷診療所)である。
- 14) 2004年9月14日開催の介護保険担当課長会議に提出された資料「第3期介護保険事業(支援)計画等について」によれば、市町村介護保険事業計画のなかに、新たに「生活圏域の設定及び生活圏域ごとの見込み量」を盛り込むこととされた。「生活圏域」は、住み慣れた地域でのサービス利用を可能とする観点から定めるもので、「小学校区、中学校区、旧行政区、独自の考え方により設定する圏域など、市町村の面積、人口、地域の特性などを踏まえた様々な設定方法が考えられる」。
- 15)「日常生活圏域」は、当初、第3期介護保険事業計画に「サービス圏域」という考え方を導入することが示され、この概念を明確にしていく過程で、市町村単位によるサービスの数量目標主義への反省として位置付けられ、この支援機関として具体化したのが地域包括支援センターである(日本社会福祉士会・地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会 2006: 4-5)。
- 16) 2003年の地方自治法の改正を受けて、2005年に制定した「長岡市公の施設に係る指定管理者の指定手続等に関する条約」(平成17年 長岡市条例第158号)に基づいて、包括センターにも2006年度から指定管理者制度を導入している。
- 17) 2007年9月11日開催の「第3回 地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会」(厚生労働省 2010a)に提出された資料による。
- 18)「地域包括支援センターの設置運営について」(平成18年10月18日、一部改正:平成19年1月16日老計発・老振発・老老発第1018001号老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知)による。
- 19) 2011年度からの委託法人応募にあたって、市のホームページに公開された。
- 20) 本節のデータは、特に出所を示していないものは、毎年介護予防推進室でまとめている『長岡市地域包括支援センター活動報告集』(平成18年度、19年度、20年度)ならびに、『平成21年度 長岡市地域包括支援センタープロジェクト業務評価』に基づいている。
- 21) この手紙には、返信用葉書を同封し、「元気ですごしている」「介護保険サービス等を利用している」「相談したいことがある」など、いずれに該当するかを尋ねる。「相談したいことがある」に○があれば、電話、訪問、来所などで対応する。
- 22) 社会福祉士に対する調査を実施した鳥羽(2008: 7)は、包括的・継続的ケアを実現するために必要な要件として、地域の基盤整備、社会資源の開発、ネットワーク形成、そしてこれを支える専門職の体制整備をあげている。

【参考文献】

- 池田恵利子、2006、「地域包括支援センター事業を見据えた地域連携実践について」『老年精神医学雑誌』17: 133-9。
- 鏡 論、2008、「地域包括支援センターの現状と課題」『老年精神医学雑誌』19: 48-58。
- 厚生労働省、2010a、「介護・高齢者福祉 全国課長会議」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi.html>, 2010.9)。
- 2010b、「白書、年次報告書等」(http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/index.html#kouseirou_dou-Hakusho, 2010.9)。
- 厚生省大臣官房政策課、1991、『21世紀への架け橋——高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)』ぎょうせい。
- 合津文雄、1998、「介護保険制度導入と在宅介護支援センターの課題——長野県内の施設実態調査結果を踏まえて」『日本の地域福祉』12: 51-67。

- 全国社会福祉協議会、1997、『在宅介護支援センター事業運営の方法』。
- 副田あけみ、2004、『介護保険下の在宅介護支援センター——ケアマネジメントとソーシャルワーク』中央法規出版。
- 田中荘司、2005、「高齢者虐待問題研究の歴史と展望」『老年精神医学雑誌』16(2)：165－71。
- 鳥羽美香、2008、「地域包括ケアと社会福祉士の役割——包括的・継続的ケアとネットワーク形成の課題」『高齢者のケアと行動科学』14(1)：2－10。
- 長岡市、2010、「市の紹介」(<http://www.city.nagaoka.niigata.jp/syukai/2010.9>)。
- 長岡市企画部企画課、2007、『長岡市総合計画 基本構想・前期基本計画』長岡市。
- 長岡市福祉保健部（長岡市社会福祉事務所）・長岡市社会福祉協議会、1990～2009、『長岡の社会福祉 1990（平成2年度）』～『長岡の社会福祉 2009（平成21年度）』。
- 長岡市福祉保健部福祉総務課、2009、『第4期 長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 平成21年3月』長岡市。
- 日本社会福祉士会・地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会、2006、『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』中央法規出版。
- 地域包括支援センター運営の手引編集委員会、2008、『地域包括支援センター 運営の手引』中央法規出版。
- 山本 隆、2002、『福祉行財政論——国と地方からみた福祉の制度・政策』中央法規出版。